

Taller de manejo de situaciones difíciles, comunicación de malas noticias y auto-cuidado del profesional. Evaluación según la percepción de los participantes

M. LUZ BASCUÑÁN R.¹

RESUMEN

El presente trabajo se propone sintetizar algunos aspectos centrales de la investigación y educación en el área de la comunicación médica como contexto para describir los fundamentos de un curso con una modalidad de taller cuyos ejes temáticos son: el manejo de situaciones difíciles; la comunicación de malas noticias y el auto cuidado del profesional. Se presentan los resultados de la evaluación de los asistentes a este curso que fue ofrecido opcionalmente a estudiantes de 5° ó 6° año de la carrera de Medicina de la Universidad de Chile por cinco años consecutivos (2006-2010). Los asistentes al curso lo evaluaron al finalizar la última sesión, por medio de un instrumento que consiste en una escala Likert de 5 niveles de satisfacción en relación a diferentes aspectos del curso y comentarios libres para cada puntuación. Los resultados confirman la percepción de necesidad y utilidad de este tipo de instancias formativas para los estudiantes de medicina. La mayor parte de los comentarios de los estudiantes fueron positivos independientemente de la puntuación asociada a cada ítem. Esto permitió citar prácticamente la totalidad de las opiniones correspondientes a las más bajas puntuaciones y observar que éstas se asocian a expectativas, necesidades y frustraciones más que a un cuestionamiento, insatisfacción o descontento con el curso. Se valora especialmente la atención dada a sus vivencias y cuidado personal; la posibilidad de compartir experiencias; y el trabajo práctico, en especial los ejercicios de juego de roles con actores que está centrado en la identificación y manejo de y defensas de pacientes y estudiantes. Por último se describen las limitaciones del estudio y del curso en función de futuras intervenciones.

Palabras clave: Comunicación, Malas noticias, Auto-cuidado.

SUMMARY

Workshop of managing of difficult situations, communication of bad news and self-care of the professional. Evaluation according to the perception of the participants

The present work proposes to synthesize some central aspects of the investigation and education in the area of the medical communication as context to describe the foundations of a course with a modality of workshop which thematic axes are: managing of difficult situations; communication of bad news and self care of the professional. They present the results of the evaluation of the attendants to this course that was offered optionally to students of 5° or 6° year of the Program of Medicine of the University of Chile for five consecutive years (2006-2010). The attendants to the course evaluated it after finishing the last session, by means of an instrument that consists of a Likert scale of 5 levels of satisfaction related to different aspects of the course and open comments for every item. The results confirm the perception of need and usefulness of this type of training experiences for the students of medicine. Most of the students' comments were positive independently of the punctuation associated with every item. This allowed to consider practically the totality of the opinions corresponding to the lowest punctuations and to observe that these associate with expectations, needs and frustrations more than questioning, dissatisfaction or not pleased with the course. It is specially valued the attention paid to their experiences and personal care; the possibility of sharing experiences; and the practical work, specially the exercises of role playing with actors focusing on the identification and managing of defense of patients and students. Finally, limitations of the study and of the course are described in view for future interventions.

Keywords: Communication, Bad news, Self-care.

Recibido: el 19/12/10, Aceptado: el 20/03/11.

¹ Psicóloga. MSc. Profesor Asistente. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Chile.

INTRODUCCIÓN

Actualmente disponemos de una vasta literatura sobre comunicación en las ciencias de la salud existiendo acuerdo respecto a una serie de temas previamente debatidos. Cinco de estos aspectos nos parecen esenciales: 1) los procesos de comunicación verbales como no verbales determinan en gran medida la calidad de la relación y atención al paciente; 2) la comunicación posee un efecto en los resultados del tratamiento, es decir, un impacto positivo en la salud (psicológica y física) y satisfacción del paciente; 3) distintos grupos de pacientes y situaciones clínicas presentan desafíos comunicacionales particulares para los profesionales; 4) las habilidades de comunicación generan satisfacción y seguridad en los profesionales; y 5) las habilidades de comunicación pueden adquirirse a través del proceso de formación del profesional^{1,2}.

Hoy en día la mayoría de las escuelas de medicina ofrecen cursos de comunicación a sus estudiantes, siendo éste un aspecto indiscutido de la competencia de las profesiones de la salud. Sin embargo, es importante hacer algunas distinciones ya que la comunicación puede ser concebida, enseñada y evaluada de maneras distintas³. La comunicación ha sido entendida desde al menos dos perspectivas: como una habilidad y como una actitud. Si bien resulta evidente que ambas perspectivas están relacionadas y deben estar presentes, en el ámbito de la educación y la investigación frecuentemente se considera sólo una de ellas.

Desde la perspectiva de las habilidades comunicacionales, el foco es la conducta observable entre médico y paciente⁴. En esta línea se han desarrollado manuales de entrenamiento y metodologías de evaluación de la interacción médico paciente. Sin embargo, esta perspectiva ha sido cuestionada distinguiendo entre una interacción o intercambio de comportamientos eficaz y el establecimiento de una relación. Desde una perspectiva actitudinal, la comunicación se basaría en un nivel más intangible y complejo de actitudes, sentimientos, autoconocimiento y reflexión⁵. De aquí que la enseñanza de la comunicación se asocie a la formación integral de la persona del médico incluyendo sus valores y concepciones sobre la medicina, su propio rol y el del paciente. En esta línea se sugiere que un estudiante puede aprender una serie de conductas, pero ello no significa que se conecte genuinamente con el paciente ni comprenda y comprometa con el sentido ético de su comportamiento. Por lo mismo, la enseñanza de la comunicación debe hacerse en grupos pequeños con una metodología que promueva el compromiso personal del estudiante a lo largo de su formación⁶.

Se han demostrado las limitaciones que tiene restringir esta área de enseñanza a cursos aislados y principalmente durante los primeros años de la carrera⁷. Se ha observado que los estudiantes no logran fácilmente transferir sus conocimientos y habilidades en el tiempo ni a las situaciones concretas que viven posteriormente en la práctica clínica⁶. Se fundamenta entonces la necesidad de ofrecer modelos docentes en la formación clínica, prosiguiendo con cursos de comunicación avanzados de manejo de situaciones difíciles, particularmente de comunicación de malas noticias⁸.

En este contexto, el presente trabajo se propone describir la evaluación de un curso con una modalidad de taller ofrecido opcionalmente a estudiantes de 5° ó 6° año de la carrera de medicina de la Universidad de Chile por cinco años consecutivos (2006-2010) según la percepción de los mismos participantes. Este curso se basa en tres ejes temáticos intrínsecamente asociados: el manejo de situaciones difíciles (o de reto clínico), la comunicación de malas noticias a paciente y familiares, y el auto-cuidado del profesional. A continuación se describen estos ejes fundamentando el sentido, perspectiva y contenido abordado en el curso-taller.

Situaciones difíciles, comunicación de malas noticias y auto-cuidado

En términos generales, las situaciones difíciles se caracterizan por generar sentimientos de angustia, ineficacia, rechazo, frustración en los profesionales. Identificamos cinco pasos en el abordaje de los "encuentros difíciles": reconocimiento de la dificultad; identificación de la propia reacción (emocional y conductual); comprensión de los sentimientos; conducta y perspectiva del paciente; redefinición de la relación y plan de acción conjunto; y auto-cuidado del profesional.

Hablamos de situación difícil (y no de paciente difícil) porque éste constituye un fenómeno relacional donde las características, perspectivas y expectativas del paciente y del médico se ponen en juego⁹. La comunicación de malas noticias a pacientes y familiares constituye una situación especialmente difícil que provoca intensas emociones en todos los participantes incluyendo a los profesionales^{10,11}.

Si bien permanentemente los médicos comunican malas noticias, la literatura muestra deficiencias y resistencia en la realización de esta tarea¹². La formación médica ha tendido a enfatizar el proceso de sanar y curar más que el de enfrentar las propias limitaciones y las de la medicina. Los equipos de salud rara vez han reflexionado sobre estos temas, delegando los mismos al sentido común y al criterio del profesional. Esto a su vez ha conducido a que cada cual desarrolle sus propias estrategias a partir de la observación de los demás y su experiencia¹³.

La bioética ha contribuido a dar mayor precisión a estas situaciones. Desde la pregunta sobre cuán conveniente es comunicar una verdad desestabilizadora a una persona, se ha dado un vuelco hacia la interrogante sobre cómo comunicarla promoviendo el bienestar de los afectados¹⁴. En esta línea se han elaborado diversas guías para la comunicación de malas noticias en medicina. Por ejemplo, el acrónimo EPICEE elaborado por Baile y Buckman¹⁵, incluye los siguientes pasos: Entorno (preparación personal del profesional y lugar físico); percepción del paciente sobre su condición (qué sabe), Invitación a recibir información (qué desea saber), conocimiento (entrega de información), exploración de emociones y empatía, y estrategia y planificación (el paciente no se quedará solo y tendrá algún grado de control)¹⁵.

Existe acuerdo en que el *manejo de emociones y la actitud empática y contenedora del médico*, es el elemento que en última instancia determina el logro de este proceso¹⁶.

Frecuentemente las propias emociones del profesional obstaculizan su capacidad de contención y empatía. Identificar estas reacciones y manejarlas es, por lo tanto, parte de la tarea. De allí que la identificación y manejo de emociones y defensas sea un aspecto central en el curso realizado, ya sea abordando la comunicación de una mala noticia o cualquier situación clínica que genere dificultad en los estudiantes.

Trabajar con la enfermedad y el sufrimiento es altamente desgastante¹⁷. Los indicadores de salud así como de estrés, burnout y fatiga de compasión en los profesionales de la salud han conducido a la enunciación del hecho paradójico de que quienes se dedican al cuidado de otros tienden a descuidar de su persona¹⁸. De aquí el necesario reconocimiento de la importancia del auto-cuidado de quienes cuidan a otros y de la incorporación permanente de este aspecto en el curso.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción del taller

En el contexto de la reforma curricular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, en el año 1999 se creó el curso de comunicación médica para el 2º nivel de la carrera. Con el objeto de proseguir con esta área formativa, desde el año 2003 se han realizado cursos opcionales de comunicación avanzada integrando las líneas formativas de la bioética, la comunicación y las humanidades médicas.

El curso-taller de comunicación avanzada que presentamos, realizado en los últimos cinco años, aborda el manejo de situaciones difíciles, la comunicación de malas noticias y el auto-cuidado del profesional. El curso es estructurado en tres sesiones de tres horas cronológicas cada una, comenzando por el establecimiento de un marco conceptual común (1ª sesión), prosiguiendo con los desafíos que presenta la interacción con pacientes y familiares (2ª sesión), abordando finalmente aspectos y desafíos personales de los participantes (3ª sesión) (Figura 1).

El curso se propone ofrecer a los estudiantes un espacio de reflexión y desarrollo de habilidades comunicacionales para un enfrentamiento técnica y éticamente apropiado ante situaciones difíciles, como lo es la comunicación de malas noticias a pacientes y familiares, procurando no descuidar a la persona del profesional entendida como la principal herramienta de trabajo en la práctica clínica.

Como objetivos se plantean: ofrecer un espacio de reflexión sobre las experiencias personales, dificultades y estrategias para el manejo de situaciones difíciles y comunicación de malas noticias; identificar y analizar los diversos factores psico-sociales asociados a estas situaciones (incluyendo factores de personalidad, estructura familiar y contexto laboral); conocer y adaptar protocolos de comunicación de malas noticias al contexto nacional (específicamente protocolo de Baile y Buckman¹⁵); desarrollar habilidades de introspección y auto-conocimiento que faciliten el auto-cuidado del profesional y la interacción al interior del equipo de salud.

El curso-taller utiliza una metodología participativa

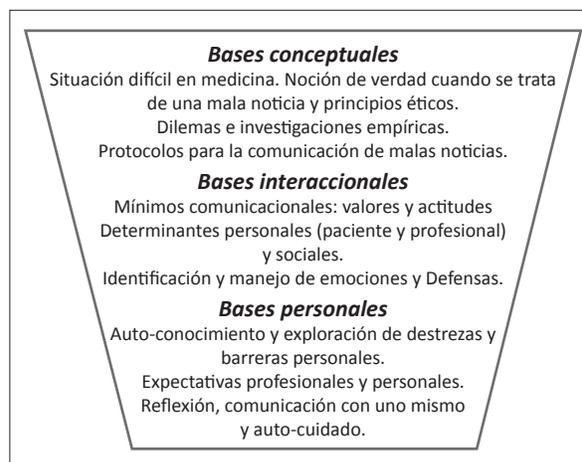


Figura 1. Estructura del curso de comunicación médica.

que estimula permanentemente la involucración activa de los asistentes. Esta metodología se propone favorecer la reflexión personal y grupal mediante diversas actividades y ejercicios incluyendo: discusión de casos, observación de videos y de testimonios de pacientes, juego de roles con pacientes simulados y diversas actividades vivenciales que son complementadas con elementos teóricos y material bibliográfico. La discusión, así como las actividades que se realizan en cada ocasión, son adaptadas a las necesidades, inquietudes y dificultades particulares que emergen en el grupo de asistentes. De este modo, respondiendo a los mismos objetivos descritos, existe variabilidad en las actividades desarrolladas entre los cursos realizados. En todas las ocasiones el curso fue evaluado por los asistentes al finalizar la última sesión.

Muestra e instrumento de evaluación

En la Tabla 1 se describen los 5 cursos-taller considerados en este trabajo, que fueron realizados a lo largo de cuatro años. Cabe destacar que numerosos docentes en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile han contribuido en la realización del curso en diferentes momentos. En esta ocasión se incluyen sólo aquellos cursos que fueron evaluados y donde participó la autora como docente. Se conserva la singularidad de cada curso, aún cuando hayan sido realizados el mismo año para un mismo nivel de la carrera (como en el año 2010). En todas las ocasiones la fundamentación, objetivos y metodología fueron similares, como se describió previamente. En cada ocasión, se distingue el número de los estudiantes que respondieron el instrumento, el nivel de la carrera y la modalidad en que el curso se impartió.

Al finalizar la última sesión del taller se solicitó a los participantes que respondieran en forma anónima un instrumento especialmente diseñado que consiste en una escala Likert de cuatro puntos representando, desde el valor 0 (mínimo) a 4 (máximo), el grado de satisfacción y/o acuerdo respecto a los objetivos, metodología y aprendizaje adquirido (enriquecimiento personal/ profesional) en el taller. Adicionalmente, se incluyó un ítem sobre la utilidad del taller en los años

Tabla 1. Marco muestral

Nº Taller	Año	Nivel de la carrera de medicina	Modalidad	Número de participantes
1	2006	5º año	Optativo	30
2	2007	Internos pediatría Grupo oriente	Parte del internado	21
3	2009	Internos pediatría Grupo oriente	Parte del internado	13
4	2010	5º año	Optativo	32
5	2010	5º año	Optativo	13
Total				109

2007 y 2010 y la calidad de la discusión generada en años 2006-2009. Se solicitó también a los estudiantes que hicieran comentarios respecto a cada uno de los aspectos evaluados en la escala. Si bien este instrumento no fue sometido a un procedimiento de validación formal, mostró ser efectivo en una ocasión previa, por cuanto reflejó la apreciación de los participantes en una dinámica grupal de evaluación independiente.

Se analizaron los resultados descriptivamente, considerando la frecuencia de respuestas para cada nivel de puntuación respecto los ítems evaluados. Luego se analizaron cualitativamente los comentarios para cada uno de los ítems, distinguiendo categorías temáticas a su interior e identificando en cada ocasión la puntuación asociada a cada comentario.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se describe el porcentaje de las respuestas para cada ítem, en cada curso ofrecido. Considerando el total de los 109 estudiantes, observamos que al menos un 76% de los estudiantes en cada curso se considera satisfecho o muy satisfecho (puntuación 3 y 4) con todos los aspectos examinados y que ningún estudiante puntuó insatisfacción en ellos. En relación al número de asistentes a los cursos y el nivel de la carrera de los estudiantes, observamos mínimas diferencias cuantitativas, existiendo sólo una tendencia en el grupo de internos de 6º año a puntuar una menor satisfacción que los alumnos de 5º año en los ítems objetivos y metodología.

Con el objeto de comprender el significado de estas puntuaciones, se describen las categorías temáticas derivadas de todos los comentarios hechos por estudiantes para cada uno de los ítems. Sin embargo, se ilustran con citas sólo los comentarios correspondientes a las más bajas puntuaciones (esto es puntajes 1 y 2, en una escala de 0 a 4).

Objetivos

Se distinguen dos aspectos en los comentarios sobre este ítem: adecuación y grado de cumplimiento de los objetivos. En general se perciben como adecuados los objetivos, valorando especialmente la atención

dada a sus vivencias y la posibilidad de conocer y compartir experiencias con sus compañeros. Los comentarios asociados a los menores puntajes se asocian al cumplimiento de los objetivos. En el caso de estudiantes de 5º año, éstos aluden a aspectos más bien metodológicos. “Se logró llegar mejor a los objetivos con el análisis de los role playing (puntaje 2, 2006)”. “Esperaba que nos entregaran cosas más objetivas, una especie de receta (puntaje 2, 2006)”.

Por su parte, los internos cuestionan la cantidad de objetivos dada la extensión del curso y la falta de este tipo de instancias en la carrera. “Pretenden abarcar muchos aspectos descuidados de nuestra persona a lo largo de la carrera, si existieran más instancias como ésta se podrían acotar” (puntaje 2, 2007). “No me queda claro el objetivo de este taller pues a unos meses de salir de nuestro primer año de internado hay muchas situaciones que ya fueron vividas por la razón o la fuerza” (puntaje 2, 2007). “El programa debe rehacerse, realizarlo en más jornadas completas y no en las tardes” (puntaje 1, 2007).

Metodología

Se distinguen cuatro temáticas que aparecen indistintamente en estudiantes de 5º y 6º año: ejercicios prácticos, diálogo y participación, trabajo personal y condiciones estructurales. Los ejercicios prácticos, especialmente con actores, fue el aspecto mejor evaluado. Al respecto se destaca el trabajo de identificación y manejo de emociones y mecanismos de defensa. Esto también se observa en los puntajes más bajos. “No encontré que se lograra mucho con las conversaciones, en cambio la tercera sesión con role playing fue muy provechosa” (puntaje 1, año 2006). “No tanta teoría, más actividad práctica, role playing” (puntaje 2, año 2007). “Más instancias prácticas donde uno tenga que ejercitar más viendo que le pasa al paciente y a uno” (puntaje 2, 2010^a).

El diálogo y participación activa de los alumnos fue destacado positivamente por la mayoría, sin embargo para algunos fue difícil. “Personalmente me cuesta hablar en público y más aún sentados en círculo” (puntaje 2, año 2006). “A mí no me agrada la metodología de tener que participar, me cuesta mucho” (puntaje 2, 2009). Por otra parte, frecuentemente se solicita un trabajo aún más personalizado. “Faltó algo más individualizado” (puntaje

Tabla 2. Porcentaje de respuestas para cada ítem en cada curso ofrecido

Ítems	Año	0	1	2	3	4	total
Objetivos del curso	06	-	-	13,0	37,0	50,0	
	07	-	4,7	19,0	19,0	57,0	
	09	-	-	-	53,8	46,2	
	10a	-	-	-	25,0	75,0	
	10b	-	-	-	23,0	77,0	
	total			0,9	7,3	30,2	61,5
Metodología empleada	06	-	3,0	3,0	41,0	53,0	
	07	-	-	14,0	38,0	48,0	
	09	-	-	15,3	15,3	69,2	
	10a	-	-	3,1	25,0	71,9	
	10b	-	-	-	38,0	62,0	
	total	-	0,9	6,0	32,0	61,0	100
Aprendizaje adquirido (enriquecimiento personal/ profesional)	06	-	-	10,0	47,0	43,0	
	07	-	4,7	4,7	23,0	67,0	
	09	-	-	7,6	46,2	46,2	
	10a	-	3,1	6,25	43,8	46,9	
	10b	-	-	-	54,0	46,0	
	total	-	1,8	6,0	42,2	50,0	100
Utilidad del taller (años 2007 y 2010)/ Calidad de la discusión generada (años 2006-2009)	06	-	-	10,0	14,0	76,0	
	07	-	-	-	5,0	95,0	
	09	-	-	-	23,0	77,0	
	10a	-	-	3,1	12,5	84,4	
	10b	-	-	-	-	100	
	total			3,7	11,0	85,3	100

2, año 2007). “Mayor trabajo personal, donde uno vea las dificultades propias en cada caso” (puntaje 3 año 2010b). Comentarios respecto a las condiciones estructurales incluyen características de la sala y de duración del curso. “Auditorio inadecuado” (puntaje 2, 2007). “El tiempo es muy reducido”, “debería durar más para profundizar y abarcar más situaciones” (puntaje 2, 2010^a).

Aprendizaje adquirido

Se distinguen comentarios referidos a tres aspectos: elementos considerados especialmente beneficiosos, necesidad de proseguir con esta área formativa y enriquecimiento profesional y personal. Este último incluye la valoración del conocimiento de las experiencias y puntos de vista de los demás; de la comprensión del paciente como una persona integral y de la reflexión y cuidado personal.

Nuevamente entre los aspectos más beneficiosos se menciona el juego de roles, constituyendo también el tema de algunas bajas puntuaciones. “Si bien adquirí más conocimientos, siento que con más role playing hubiera aprendido más” (puntaje 2, 2006). “Pensé que iba a aprender más cosas prácticas, faltó más ejercicios de role playing” (puntaje 2, 2006).

El resto de las puntuaciones bajas se asocian a expectativas no satisfechas y la necesidad de este tipo de instancias. “Uno se hace muchas preguntas sobre uno mismo pero yo no encontré muchas respuestas” (puntaje 1, 2007). “Sirve para reflexionar y ver qué quiero o necesito cambiar” (puntaje 2, 2007). “Buenas herramientas para el trabajo y la vida, pero nos falta mucho por aprender” (puntaje 2, 2009) “Siento que no adquirí las herramientas necesarias, las líneas generales las tengo pero me falta tener un esquema concreto” (puntaje 1, 2010).

Utilidad del taller y Calidad de la discusión generada

Existe acuerdo entre los estudiantes sobre la utilidad y necesidad del curso. Los menores puntajes se refieren nuevamente a la oportunidad y duración del curso, indicando frecuentemente la necesidad de prolongarlo o bien ofrecerlo también en distintos momentos de la carrera. “Encuentro que es muy útil pero podría sacarse más provecho, podría ser más largo” (puntaje 2, 2010^a). “Mal ubicado dentro de la carrera, debería hacerse antes del internado, a esta altura hay poco que hacer” (puntaje 3, 2007).

En relación a la discusión generada, se valora el tener la posibilidad de dar opiniones y ser escuchados. Los

menores puntajes indican, por un lado, la frustración de la expectativa de llegar a conclusiones definitivas y por otro, la valoración de la práctica por sobre la discusión teórica. *“Influye demasiado la personalidad de los participantes, no se puede generar una discusión que sea terminante”* (puntaje 2, 2006). *“En las dos primeras sesiones la discusión fue fome, pero con los role playing la discusión mejoró mucho”* (puntaje 2, 2006).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos constatan la necesidad y utilidad de este tipo de instancias formativas. La mayor parte de los comentarios de los estudiantes, para todos los ítems evaluados, fueron positivos, independientemente de la puntuación asociada. Esto permitió citar sólo las opiniones correspondientes a las más bajas puntuaciones, ya que éstas se asocian a expectativas, necesidades y frustraciones más que a un cuestionamiento, insatisfacción o descontento con el curso.

Podemos identificar ciertas temáticas que se repiten en los comentarios para los diferentes ítems. Los participantes de estos cursos valoran la atención dada a sus vivencias, opiniones y cuidado personal; la posibilidad de compartir experiencias con sus compañeros y conocer sus puntos de vista; y el trabajo práctico por sobre el teórico, en especial los ejercicios de juego de roles con actores. El trabajo con pacientes simulados se centra en la identificación y manejo de emociones en dos sentidos: disponer de herramientas para identificar mecanismos defensivos y manejar procesos emocionales del paciente y familiares; e identificar y procesar las propias reacciones emocionales promoviendo el auto-conocimiento y autocuidado. Los estudiantes valoran esta actividad, así como el enfoque integral de la persona del paciente y de la persona del estudiante.

Consideramos que el permitir experimentar reacciones emocionales en el “aquí y ahora”, ante un paciente simulado, es un aspecto central del taller. Podemos por ejemplo hablar de empatía o redactar comentarios empáticos, pero esto no implica que experimentemos la empatía con otro. Sólo enfrentando situaciones concretas tenemos la posibilidad de enfrentar las dificultades para empatizar o contener a un paciente por ejemplo enojado, angustiado o negador. Esta experiencia permite a los participantes detenerse a pensar (en vez de actuar o reaccionar) e intentar comprender el significado (mensaje comunicacional) del comportamiento y emociones del paciente así como sus propias reacciones ante el mismo.

Sin embargo, este curso muestra importantes limitaciones. Los participantes expresan que los objetivos del curso son ambiciosos o bien la duración del mismo insuficiente. En efecto, el curso logra abrir ciertos

temas, pero en tres sesiones no los aborda lo profunda y extensamente que se desearía. Los asistentes expresaron su deseo de participar en un trabajo más personalizado y revisar una mayor variedad de situaciones. Considerando que en la actualidad estos cursos no son evaluados, es posible plantearse que en un futuro lo fueran, mediante una instancia de aprendizaje personalizado, donde todos los estudiantes participen en un juego de roles con un paciente simulado.

Algunas expectativas no satisfechas de los asistentes se asocian a la frustración de no adquirir respuestas definitivas, esquemas concretos, pautas prácticas. Efectivamente, aún cuando en el curso se revisan pautas y guías de habilidades de comunicación, éstas se consideran orientaciones generales, que deben ser adaptadas a cada caso, enfatizando la importancia del criterio, prudencia y juicio del estudiante. En este sentido, se integra intencionalmente una perspectiva actitudinal a la enseñanza de habilidades comunicacionales, aún cuando ello resulte más difícil y complejo. Consideramos, como señalan Zoppi y Epstein (2002), que la enseñanza de la comunicación resulta superficial cuando las emociones, pensamientos, valores y experiencias se reducen a habilidades observables o pautas conductuales¹⁹.

Si bien no se observaron diferencias en los comentarios de los estudiantes según el número de asistentes a los cursos, sí existieron de acuerdo al nivel de la carrera. En este respecto, es importante resaltar la opinión de los internos, que tienden a expresar una suerte de queja por la falta de este tipo de instancias con anterioridad en su formación. Considerando que la situación de los estudiantes de 5º año y de los internos es muy diferente, es necesario replantearse los objetivos de los futuros cursos. Los internos reportan encontrarse en un momento especialmente desgastante y frustrante de su carrera y en efecto, desde el punto de vista docente, este curso resulta más catártico que formativo para ellos.

Por último, dos importantes limitaciones del trabajo y del curso provienen de su carácter optativo. Primero, los resultados de este trabajo pueden estar sesgados, en tanto la muestra integra a aquellos estudiantes que se interesaron por participar en el curso. Un curso obligatorio permitiría conocer la percepción y experiencia de aquellos que no participan voluntariamente. Sin embargo, la experiencia internacional muestra dificultades sustanciales a la hora de insertar este tipo de programas en el curriculum de la carrera de medicina. En ocasiones existe falta de apoyo institucional, escasez de recursos humanos, o dificultades de estructura organizacional y financiamiento⁵. En nuestro caso, es gracias a la disposición, interés y apoyo institucional, que se han podido realizar estos cursos pese a la sobrecarga curricular. Sin embargo, el carácter actualmente optativo del curso da a los estudiantes el mensaje “comunicacional” que estos temas aún son considerados por las autoridades como accesorios, secundarios, “optativos”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697-700.
2. Deveugele M, y cols. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Education and Counseling* 2005; 58(3): 265-270.
3. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication skills in medicine*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
4. Lloyd M, Bor R. *Communication skills for medicine*. Londres: Editorial Churchill Livingstone, 2001.
5. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282(9): 833-839.
6. Epstein RM. Comunicación en el Siglo XXI, I Simposium de Comunicación en Salud. Santiago-Chile, Noviembre, 2005.
7. Laidlaw TS, y cols. Implementing a communication skills programme in medical school: needs assessment and programme change. *Medical Education* 2002; 36(2): 115-124.
8. Schofield, y cols. Development of a core communication curriculum. Presentación en International Conference on Communication in Healthcare, Warwick, Inglaterra, 2002.
9. Ungar L, y cols. Braking bad news: structured training for family medicine residents. *Patient Education and Counseling*, 2002; 48(1): 63-68.
10. Buckman R. *Difficult conversations in medicine*. Maryland, U.S.A: John Hopkins University press, 2010.
11. Hooberman RE, Hooberman BM. *Managing the difficult patient*. EEUU, Boston: Psychosocial press, 1998.
12. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *Lancet* 2004; 363(9405): 312-319.
13. Bascuñán ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias. Un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra* 2007; 51(2): 28-31.
14. Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Rev Med Chile* 2005; 133(6): 693-698.
15. Baile W, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale E, Kudelka P. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5(4): 302-311.
16. Brewin T. *Relating to the Relatives. Breaking bad news, communication and support*. New York: Radcliffe Medical Press, 1996.
17. Wolfberg E. *Prevención en salud mental*. Ed. Lugar, Buenos Aires, 2002.
18. Gracia D. *Medice cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios*. Discurso sesión inaugural Real Academia Nacional de Medicina de España, 2004.
19. Zoppi K., Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors, and being in relation. *Fam Med* 2002; 34(5): 319-324.

Correspondencia

Depto. Psiquiatría Oriente,
 Facultad de Medicina,
 Universidad de Chile.
 Avda. Salvador 486, Providencia.
 Santiago, Chile.
 mlbasuncan@gmail.com